Ueber

zwei Fälle von Lupus

aus der chirurgischen Klinik

zu

Erlangen.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt der

medicinischen Facultät zu Erlangen

von

W. Lindenberg

approb. Arzt.

Celle

Druck von W. Grossgebauer

1886.

Referent:

Professor Dr. **Heineke.**

Zwei auf der chirurgischen Klinik zu Erlangen in den Jahren 1881—1885 beobachtete Fälle von Lupus vulgaris des Gesichtes und der Extremitäten mit eigenthümlichen Deformitäten der Finger beider Hände in dem einen und elephantiasisartiger Verdickung eines Fusses in dem anderen Falle gaben mir die Veranlassung zu der vorliegenden Arbeit.

Der erste Fall betraf einen 24 Jahre alten Bauer Joseph G. Derselbe trat in die Klinik ein am 8. Februar 1881.

Patient hat seit ungefähr 2 Jahren stark geschwollene, bläulich-roth gefärbte Finger. Er leitet dies Leiden vom Arbeiten auf dem Felde bei nasskalter Witterung im Herbste vor 2 Jahren her. Seit dem letzten Sommer zeigten sich röthliche Flecken auch auf der Nase und der rechten Wange. Die Anschwellungen und Röthungen sollen allmählig zugenommen haben, namentlich im Winter, wenn Patient vielfach draussen im Freien beschäftigt war. Im Sommer soll das Leiden zwar etwas geringer geworden, aber nie ganz geschwunden sein. Die Schmerzhaftigkeit der erkrankten Theile ist eine nur unbedeutende gewesen, öfters ist Patient an ihnen durch heftiges Jucken belästigt worden, besonders wenn er im Bette warm geworden war. Von sonstigen Krankheiten will Patient nur öfters die Kopfrose durchgemacht haben, wobei er das Bett zwar habe hüten müssen, doch sei diese Erkrankung stets bald vorüber gegangen.

Status praesens: Patient von mittlerer Grösse, nur mässig kräftiger Muskulatur und wenig starker Fettentwicklung. Geistig scheint er recht beschränkt zu sein. Die Unter-

suchung der inneren Organe ergiebt nichts Abnormes. Der Urin ist eiweiss- und zuckerfrei.

Mitten auf dem Nasenrücken befindet sich ein wenig prominirender Knoten von bräunlich-rother Färbung, umgeben von einem lividen etwa Markstück grossen Hofe. Einen ähnlichen etwa zollbreiten Knoten bemerkt man gerade unterhalb des rechten Auges, derselbe ist in seiner Mitte etwas excoriirt und mit rissigen Geschwüren besetzt. Ein dritter Knoten liegt in der Dicke der rechten Wange, ist besonders bei gleichzeitiger Palpation von aussen und innen her wohl zu fühlen in der Form einer nicht sehr dicken, runden, einige cm im Durchmesser haltenden Platte. Die Haut über diesem Knoten, ebenso wie die Wangenschleimhaut erscheint ganz unverändert.

Die Hände zeigen folgende Veränderungen: Beide Hände sind am Handrücken und besonders an allen Fingern, mit Ausnahme des linken Daumens, unförmlich angeschwollen. Die Anschwellung ist keine knotige, sondern eine gleichmässige, in der Mitte der Finger am stärksten, sodass dieselben etwa spindelförmig gestaltet sind. Dabei sind die Hände und Finger im ganzen Bereiche der Schwellung intensiv bläulich-roth. Die Anschwellung ist eine derbe elephantiasisartige. An einzelnen Stellen bemerkt man kleine Geschwüre.

Die Nägel sind in hochgradiger Weise verändert: In seiner Form erhalten ist an der linken Hand nur der Nagel des Daumens und des Mittelfingers, an der rechten Hand nur der des vierten Fingers. Am linken Zeigefinger ist fast das ganze Nagelbett, besonders an der Wurzel des Nagels, von einem ~~weiss~~farbigen Geschwüre eingenommen, nur einzelne dünne Lamellen sind vom Nagel selbst übrig geblieben. Der Nagel des linken Daumens und linken vierten Fingers ist verdünnt, mit zahlreichen Längsrissen versehen, zerfasert. Aehnlich sind die Nägel am Daumen, Mittelfinger und dem

fünften Finger der rechten Hand; am rechten Zeigefinger ist der Wurzeltheil des Nagelbettes auch von einem Geschwüre eingenommen, die Nagelmasse selbst nur sehr rudimentär und in Form bräunlich-grauer, wenig resistenter Schuppen vorhanden. Die Anschwellung ist bei Druck schmerzlos. Die Finger werden mit Ausnahme des linken Daumens steif gehalten und zwar alle mit Ausnahme des linken vierten und fünften Fingers in gestreckter Stellung. Die beiden leztgenannten befinden sich in mässiger Beugecontractur, die schon seit der Kindheit bestehen soll. Es werden feuchte Verbände ordinirt, nachdem die Geschwüre an den Fingern mit dem scharfen Löffel ausgekratzt sind.

13. Februar 1881. Seit einigen Tagen wird Jodkali innerlich gegeben und werden die afficirten Stellen des Gesichtes mit Jodoform-Collodium bepinselt. Die Finger sind unter den feuchten Verbänden nach und nach abgeschwollen. Heute hat Patient Fieber. In der Umgebung des unterhalb des rechten Auges gelegenen Knotens zeigt sich eine erysipelatöse Röthung. Die Jodoformcollodiumbepinselungen und die Verabreichung von Jodkali werden ausgesetzt.

25. Februar. Patient hat ein schweres Erysipelas durchgemacht, welches über den ganzen Kopf gezogen ist und mit sehr hohem Fieber — Abends stets über 40,5, einmal 41,1 — einherging. In den letzten beiden Tagen ist das Fieber allmählig abgefallen und gegenwärtig das Erysipel abgelaufen. Die Behandlung bestand in Theerbepinselungen nebst dem Gebrauche von Natr. salycil innerlich und einigen kühlen Bädern. Patient ist ziemlich heruntergekommen, erheblich abgemagert. Die Hände sind inzwischen unter der Anwendung der feuchten Umschläge fast gänzlich abgeschwollen, die Geschwüre geheilt, der Knoten an der Nase bis auf eine kleine blaue Stelle geschwunden, ebenso auch der unter dem Auge, es besteht aber an seiner Stelle noch eine Excoriation. Von dem Knoten in der Wange ist nur noch wenig zu fühlen.

5. März. Patient hat sich ziemlich erholt. Die Hände sind nicht mehr geschwollen aber noch leicht geröthet. Die rechte Hand kann Patient zu einer Faust zusammenballen, die linke nur unvollständig; besonders die letzten zwei Finger sind ziemlich steif in unvollständiger Flexionsstellung (bereits seit früher Kindheit). Patient wird entlassen.

Am 21. Februar 1883, also 2 Jahre später, tritt Patient von Neuem in die Klinik ein.

Nach seiner Angabe ist es ihm im Sommer nach seiner Entlassung (1881) aus dem Krankenhause ziemlich gut gegangen. Im Herbste stellte sich jedoch das Leiden in der alten Weise wieder ein: Die Schwellung der Finger und des Handrückens kehrte wieder und ward stärker als je zuvor. Von Zeit zu Zeit bildeten sich Geschwüre an den Streckseiten der Finger, die Patient mit Salben behandelte. Das Leiden im Gesichte nahm ebenfalls an Ausdehnung zu. Das linke Ohr ward auch unter Schwellung und bläulich-rother Verfärbung in den krankhaften Process mit hineingezogen. Es bildeten sich Geschwüre auf der rechten Wange, Nase und dem linken Ohre. Die Steifigkeit der Finger hat in dem letzten Jahre eine solche Höhe erreicht, dass Patient nichts mehr fassen und festhalten konnte, und somit seine Arbeit aufzugeben gezwungen war. In der letzten Zeit ist das Leiden auch an den Zehen beider Füsse und in ihrer nächsten Nachbarschaft auf dem Fussrücken aufgetreten. Patient giebt an, des öfteren wieder von Rothlauf befallen worden zu sein. Sonst will er stets gesund gewesen sein. — Seine noch lebenden Angehörigen sollen sich einer guten Gesundheit erfreuen; sein Vater ist an der Abzehrung gestorben.

Status praesens: Patient ward von mir im März zuerst gesehen. Die vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Von Seiten der inneren Organe kann nichts Abnormes constatirt werden. Der Urin ist eiweiss- und zuckerfrei.

Gesicht: Der Nasenrücken und die Seitentheile der Nase werden eingenommen von einer blaurothen, infiltrirten Stelle, die an dem Rande härter, in der Mitte ganz weich, nässend und Krusten ansetzend ist. Von dem rechten Seitentheile der Nase erstreckt sich über die rechte Wange eine ca. 12 cm lange und in ihrer grössten Breite auf der Backe an 8 cm im Durchmesser haltende blaurothe sich derb anfühlende Hautpartie, dieselbe erscheint im Verhältniss zur gesunden Haut, gegen welche sie ziemlich scharf abgegrenzt erscheint, angeschwollen. Dem palpirenden Finger giebt sie das Gefühl abnormer Trockenheit. Die Epidermis erscheint sehr dünnschuppig, etwas glänzend und mit leichten Furchen versehen. Innerhalb dieser infiltrirten Hautpartie befindet sich ca. 4 cm unterhalb des äusseren rechten Augenwinkels eine fast kreisrunde ca. 1 cm im Durchmesser haltende Geschwürsfläche, von deren medialem Rande ein ca. 2 cm langer schmälerer Geschwürstreifen ausgeht und eine kleinere unregelmässig gestaltete Geschwürsfläche mit der ersteren verbindet. Weiter unten etwa in der Mitte zwischen rechtem Mundwinkel und rechtem Ohre gelegen sieht man wiederum ein Geschwür von ca. 3 cm Durchmesser mit ziemlich unregelmässigem Rande, der sich scharf gegen den trocknen Grund absetzt.

Ungefähr 3 cm unterhalb des linken Auges fühlt man in der Dicke der Wange einen ziemlich derben Knoten, derselbe hat ungefähr die Ausdehnung eines Pfennigstückes. Die Haut zeigt an dieser Stelle wieder eine blaurothe Verfärbung in der Ausdehnung von ungefähr einem Markstücke und steht in Verbindung mit dem in gleicher Weise veränderten Hautüberzuge der linken Seitenfläche der Nase. Das an seinem freien Rande ebenfalls blauroth verfärbte und angeschwollene linke Ohr zeigt eine ziemlich stark secernirende und leicht blutende längliche Geschwürsfläche von ca. 3 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite. Es ist dadurch der grösste Theil der unteren Partie des Helix und des Antihelix zerstört. Die

Geschwürsränder gehen über in sich derb anfühlende knötchentragende Hautpartieen.

Dem unteren Rande des linken Unterkiefers entsprechend gerade unterhalb des Mundwinkels fühlt man abermals einen Knoten in der Haut von Pfennigstückgrösse. Die Haut ist hier leicht geröthet und wenig verschieblich.

Rechte Hand: Blaurothe Verfärbung und Infiltration nach oben hin sich allmälig bis zur Basis des Metacarpus verbreitend, auch über die Daumengegend sich hinziehend. Besonders auf der Dorsalseite sind diese Veränderungen vorhanden. Die Infiltration ist am stärksten und härtesten in der Mitte der Finger und zwar am dritten und vierten Finger. Die Stellung der langen Finger ist eine gestreckte, des zweiten Gliedes eine gebeugte, des dritten Gliedes am zweiten, dritten und vierten Finger eine leicht hyperextendirte. Der Nagel am vierten Finger ist erhalten und fast normal, an den übrigen ist er verloren gegangen oder es sind kleine Reste von ihm erhalten.

Active Bewegungen: Geringe Bewegungsfähigkeit der ganzen Finger, namentlich des zweiten und dritten vorhanden; die zweiten und dritten Glieder sind unbeweglich.

Passive Bewegungen: Am Daumen eine geringe Beweglichkeit zwischen erster Phalanx und Metacarpus, an dem zweiten und dritten Finger geringe Streck- und Beugebewegungen der ganzen Finger, die zweiten Glieder unbeweglich, die dritten Glieder am zweiten vierten und fünften Finger etwas zu hyperextendiren.

An der Volarseite der Finger und Hand sind Venenerweiterungen vorhanden.

Linke Hand: Blauroth gefärbt bis zur Mitte des Metacarpus, hier geht die Färbung in eine gelbbräunliche der übrigen Haut über. Die Finger und der vordere Theil des Metacarpus, und zwar die ersteren sehr derb und hart, infiltrirt; die Finger auch erheblich verdickt, besonders in der

Gegend des Gelenkes zwischen erster und zweiter Phalanx. Die vier langen Finger in ihren einzelnen Gliedern unbeweglich, aber gegen den Metacarpus noch etwas beweglich, sehr wenig activ, ein klein wenig mehr passiv, besonders nach der Streckseite hin. Ebenso ist eine passive Bewegung in geringem Grade dorsalwärts möglich zwischen zweiter und dritter Phalanx. Die Gelenke zwischen erster und zweiter Phalanx activ und passiv vollständig unbeweglich. Was die Stellung der Finger anbetrifft, so befindet sich die erste Phalanx in leichter Hyperextension, die zweite Phalanx in leichter Beugung, die dritte Phalanx wieder in leichter Hyperxtension.

Die Nägel an dem zweiten und dritten Finger noch ziemlich gut erhalten, am vierten noch ein kleiner Rest von Nagelsubstanz, am fünften fehlt der Nagel ganz. Während die Weichtheile der Finger im Uebrigen sehr stark infiltrirt erscheinen, finden sich die gerötheten Weichtheile an der Dorsalseite der Finger in der Gegend des Gelenkes zwischen zweiter und dritter Phalanx etwas stärker erweicht, an den Fingerspitzen etwa von normaler Consistenz. An der Volarseite der Hand sieht man, besonders an den Ballen der langen Finger und an der Ulnarseite stark erweiterte Venen, welche sich auf den Vorderarm fortsetzen.

Die Rückenseiten sämmtlicher Finger beider Hände zeigen mehr oder weniger ausgedehnte Narben, deren Sitze der grössten Anschwellung entsprechen. Die grösste Ausdehnung zeigt die Narbe des vierten Fingers der linken Hand, die sich fast über die ganze Länge des Fingers erstreckt.

Rechter Fuss: Mässige Anschwellung und Röthung der Zehen mit Ausnahme der vierten Zehe. Die Haut fühlt sich etwas derb an. Die trockene Epidermis zeigt starke Schuppenbildung. Die Stellung der Zehen ist normal. Die geschwellten Zehen sind gegen einander etwas platt gedrückt; Bewegungen activ und passiv etwas eingeschränkt. Die

Nägel sind mit Ausnahme derjenigen der vierten und fünften Zehe atrophisch.

Linker Fuss: Sämmtliche Zehen und die vordere Hälfte des Metatarsus infiltrirt, klein wenig blauroth gefärbt. Die Stellung normal. Bewegungen wie rechts etwas eingeschränkt. Die Epidermis schuppt sich an den Zehen und dem Metatarsus in grossen Fetzen (grauschwarzen Borken) ab.

Die Sensibilität ist überall an den afficirten Partien der Extremitäten eine normale.

Was die Affectionen des Gesichtes anbelangt, so war der Aufnahme des obigen Status bereits eine Ausschabung der lupösen Heerde mit dem scharfen Löffel vorausgegangen. Aus der erkrankten Hautpartie der Nase wurde behufs microscopischer Untersuchung ein kleines Hautstück excidirt. Die im pathologischen Institute von Herrn Dr. Hauser vorgenommene Untersuchung ergab eine dichte Durchsetzung des Corium mit Rundzellen.

Die Behandlung der Hände bestand in feuchten Umschlägen, Handbädern (Liq. plumb. acetic.) und Einpinselungen mit Jodtinktur. Es kehrte die Beweglichkeit der Finger im Metacarpophalangealgelenke bis zu einem geringen Grade allmählig wieder, so dass Patient in der letzten Zeit seines Aufenthaltes doch im Stande war z. B. einen Besen zu halten und zu gebrauchen; bei der Fixirung desselben kam ihm jedoch wohl mehr die Beweglichkeit der Daumen, als der übrigen Finger zu Statten.

Der zweite Fall, der in der Zeit vom 31. Juli bis 12. September 1885 in der Erlanger Klinik beobachtet worden ist, betrifft eine 31 Jahre alte Fabrikarbeiterin, Friederike N. Mir selbst ist derselbe nur aus der mir gütigst nachträglich zur Verfügung gestellten Krankengeschichte bekannt.

Anamnese: Patientin giebt an, dass ihr vor 12 Jahren die linke grosse Zehe wegen in Folge von Erfrierung eingetretener Gangrän abgenommen werden musste. Der linke

Arm sei schon seit der Geburt entzündet gewesen und zwar anfangs in der Ellenbogenbeuge und sei dann die Entzündung bis zum Handgelenke fortgeschritten. Später habe sie Ausschläge auf der rechten Wange, am Halse und Ohre gehabt. Im August 1884 habe der linke Fuss angefangen zu schwellen und zwar ohne dass irgend ein äusseres Moment eingewirkt habe, zugleich habe sich derselbe stark geröthet und sei bei Bewegungen sehr schmerzhaft gewesen. Ende December sei der Fuss von selbst aufgebrochen; Eiter habe sich vorn an der Stelle der abgenommenen Fusszehe sowohl wie an der Ferse entleert. Daraufhin sei sie im Spitale zu Fürth in Behandlung genommen.

Die Mutter ist, 36 Jahre alt, an der Abzehrung gestorben, eine Schwester lebt und soll gesund sein.

Status praesens: Die Patientin ist von ziemlich grosser Statur, zeigt mittelstarken Knochenbau und Musculaturentwickelung. Der Panniculus adiposus ist ein mangelhafter. Die Gesichtsfarbe ist eine blasse, ebenso die der sichtbaren Schleimhäute. Die inneren Organe in specie die Lungenspitzen erweisen sich als normal. Patientin hat schon mehrere Male geboren.

Die Patientin zeigt an der rechten Wangenseite, am helix und in der Fossa scaphoidea des Ohres bis über den Unterkieferwinkel herab noch etwas auf den Hals übergreifend, ebenso wie am linken Vorderarme von der Ellenbogenbeuge bis zum Handgelenke eine Hautaffection. Dieselbe besteht im Gesichte aus knötchenartigen, flachen Erhebungen von Stecknadelkopf- bis ½ Pfenniggrösse, deren Oberfläche theils excoriirt erscheint, theils mit bräunlichen Borken oder mit mehr weicheren, leicht abkratzbaren hellgelben Massen bedeckt ist. Die nächste Umgebung dieser Stellen ist ziemlich dunkel bläulich-roth verfärbt und erscheint etwas infiltrirt (d. h. Haut derber anzufühlen, nicht faltbar). Am Arme ist weniger deutlich die Knötchenform zu erkennen, es herrschen

daselbst mehr die Excoriationen vor und erscheinen dieselben fast etwas schwammig belegt.

Die hochgradigste Veränderung bietet indess der linke Unterschenkel dar. Derselbe zeigt schon vom Knie an bis zur Fussgelenksgegend herab eine diffuse Verdickung, wodurch die normale Configuration des Unterschenkels verwischt ist. Die Haut erscheint hier etwas anders gefärbt als die des gesunden andern Beines, ganz schwach bräunlich, dunkler, etwas als schmutzig imponirend. Für das Gefühl ist sie entschieden rauher, starrer und schwer faltbar zwischen den Fingerspitzen.

An mehreren Stellen sind ganz leichte Unebenheiten angedeutet, wie sie so sehr deutlich am Fusse ausgeprägt sind. Dieser ist so stark verdickt uud verunstaltet, dass er als unförmlich zu bezeichnen ist: Von normalen Contouren ist keine Rede mehr. Bei Druck auf den verdickten Fuss bleiben Fingereindrücke nicht zurück; dabei wird von Seiten der Patientin über Schmerzhaftigkeit nicht geklagt, wie denn die letztere überhaupt, abgesehen von der Schwere des Gliedes und der dadurch bedingten Behinderung beim Gehen, keinerlei Klagen vorbringt. Die grosse Zehe fehlt (s. Anamnese). Die Ferse ist enorm verdickt und zeigt grosse Faltenwülste. Die Haut des Fusses ist noch derber als die des Unterschenkels und zeigt am Fussrücken, besonders oberhalb der Zehen, und beiderseits in der Malleolengegend zahlreiche, dichtstehende, linsen- bis erbsengrosse an Beschaffenheit der Oberfläche und Farbe von den übrigen Hautpartien sich nicht unterscheidende Erhebungen; daneben befinden sich, besonders in der Gegend der ersten und zweiten Zehe, sowie am inneren Fussrande entlang, einige wenige auch am inneren Malleolus, andere mehr unregelmässig gestaltete, zerklüftete excoriirte, beborkte und leicht blutende knotige Stellen, die denen im Gesichte am meisten ähnlich sind. In ihrer nächsten Umgebung erscheint die Haut entzündet.

Journal. Nachdem die Patientin längere Zeit mit feuchten Verbänden behandelt worden ist, wird am Arme und im Gesichte eine gründliche Auskratzung mit dem scharfen Löffel vorgenommen, wobei sich zeigt, dass man ziemlich tief in's corium eindringen kann, da die oberflächlichen weichen Massen sich leicht entfernen lassen.

Später wurde am Fusse ein Hautkeil für die mikroskopische Untersuchung excidirt. Die chronisch infiltrirten Stellen wurden mit dem scharfen Löffel behandelt. Die Excisionswunde wurde durch die Naht geschlossen. Patientin hatte weder vor den operativen Eingriffen noch darnach jemals eine Temperatursteigerung. Unter der guten Pflege und Kost erholte sie sich sichtlich und wurde am 12. September auf Requisition ihrer Gemeinde entlassen. Die Wunden im Gesichte und am Arme waren völlig geheilt und zeigten frische röthliche Narben. Nirgends ein Recidiv. — Was diesen beiden Krankengeschichten unter Anderem gemeinsam ist, ist die Angabe beider Patienten, in dem einen Falle von einem an der Abzehrung gestorbenen Vater, in dem anderen von einer an eben dieser Krankheit zu Grunde gegangenen Mutter zu stammen. Wir haben es also mit zwei tuberculös-hereditär belasteten Individuen zu thun. Bei dem grossen Interesse nun, das die Frage nach den Beziehungen des Lupus zur Tuberculose gerade in den letzten Jahren, wo die wissenschaftliche Forschung sich ganz besonders auf die Klarlegung des Verhältnisses beider Krankheiten zu einander gerichtet, gewonnen hat, scheint es mir am Platze zu sein, einen Rückblick auf die Geschichte des Lupus zu werfen.

Der Name Lupus kommt nach den Ermittelungen Virchow's*) zuerst vor bei den Chirurgen der Salernitanischen Schule, nämlich bei Rogerius, Rolandus und den „vier Meistern". Er wird hier als ein krebsartiges, fressendes Uebel besonders der Unterextremitäten bezeichnet. Dieselbe

*) Virchow, Onkologie Bd. II.

Bedeutung hat er in dem deutschen Arzneibuche von Tollat von Vochenberg aus dem 15. Jahrhundert. Hans von Gersdorf behauptet in seinem „Feldtbuch der Wundartzney, Strassburg 1526 S. LXXXII“, dass auch die Lepra Wolf genannt wurde. Willan war der erste, der mit dem Namen Lupus eine eigenthümliche am Häufigsten die Nasengegend befallende, vom Krebs zu unterscheidende Krankheit bezeichnet wissen wollte. Nach ihm hat der Lupus vulgaris auch noch die Bezeichnung Lupus Willani erhalten. Es ist dann in der Folge die Bezeichnung Lupus fast ausschliesslich für Affectionen des Gesichtes gebraucht worden, sodass sich in der vorigen Hälfte dieses Jahrhunderts die Mehrzahl der Aerzte erst wieder daran gewöhnt, auch gleiche Affectionen anderer Körpertheile besonders der Extremitäten mit dem Namen „Lupus“ zu bezeichnen. Mit welchem Namen die Alten die lupösen Processe belegt haben, ist ziemlich unaufgeklärt. Hippocrates nennt neben den Nomae und dem Cancer occultus gewisse fressende Geschwüre „Herpetes“. Galen spricht von dem Herpes esthiomenos des Hippocrates und beschreibt selbst die neue Form des Herpes miliaris s. kenchrias.

Ueber das Wesen des Lupus vulg. war man noch bis zum Beginn der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts sehr im Unklaren. Er wurde für ein Leiden angesehen, bei dem in Folge eines exsudativen Vorganges die von ihm ergriffenen Gewebstheile mit einem eigenthümlichen gallertartigen Fluidum erfüllt würden. Gustav Simon bezeichnete ihn zuerst als einen neoplastischen Process.

Ueber den ursprünglichen Sitz dieses neoplastischen Processes, ob in der Epidermis oder in dem Corium entstehend, ist nun in der Folge bis auf den heutigen Tag viel gestritten worden. Während Berger, Pohl u. A. den Ausgangspunkt des Lupus vielfach noch in das Rete Malpighii verlegten und von der Betheiligung „freier Kerne“ an der

Zusammensetzung der Geschwulst sprachen, war Virchow der erste, der in seiner Arbeit über Lupus *) diesen als einen Granulationsvorgang im Bindegewebe, also dem eigentlichen Corium, darstellte.

Dieser Autor stellt den Lupus zusammen mit der syphilitischen Neubildung und der Lepra zu der Gruppe der Granulationsgeschwülste. „Die genauere Untersuchung," sagt er, „erweist den Lupus als einen Granulationsvorgang im Bindegewebe, der anfangs ziemlich oberflächlich liegt, allmählig tiefer und tiefer greift, in's subcutane Gewebe übergeht und in manchen Fällen bis auf die Knochen durchfrisst. Ueberall besteht die Lupusmasse aus einem jungen, sehr weichen, meistens auch gefässhaltigen Granulationsgewebe, welches in der Regel kleine runde Zellen enthält, die denen des Rete Malpighii so ähnlich sehen können, dass es schwer wird, die Grenze zwischen dem lupösen Gewebe und dem Rete Malpighii festzustellen. Manchmal sieht es aus, als ob die Grenze sich ganz verwischte, doch kann ich nicht zugestehen, was hier und da wohl angenommen ist, als verwandele sich die Cutis selbst in ein Rete Malpighii, oder als dringen die Elemente des Rete in die Cutis und in die tieferen Theile ein. Einen ausgesprochenen Epidermoidalcharacter nehmen die Zellen nicht an." Der Virchow'schen Darstellung schliesst sich Auspitz vollständig an. Dem gegenüber spricht sich Rindfleisch**) wieder vollständig anders aus. Er nähert sich mit seiner Ansicht wieder derjenigen von Pohl und Berger insofern, als auch er die Stätte der Wucherung an der Grenze zwischen Bindegewebe und Epithelialem sucht, freilich nicht schlechtweg im Rete Malpighii, sondern an den drüsigen Fortsetzungen der Epidermis. Er erklärt den Lupus für ein Adenom der Talgdrüsen und Schweissdrüsen. Dieser Anschauung treten Waldeyer und Volkmann entgegen, welche

*) Virchow, Onkologie Bd. II. — **) Rindfleisch, Lehrbuch der pathol. Gewebelehre.

beiden Autoren den Virchow'schen Standpunkt vertreten. Auf den letzteren stellt sich auch Friedländer in seiner Arbeit „Untersuchungen über Lupus“*). Von den Fällen, welche er zum Gegenstande seiner Untersuchungen macht, zeigen drei relativ frische, erst wenige Monate alte Knötchen von ca. 3—6 mm Durchmesser, über das Niveau der Haut prominirend, geröthet, hart anzufühlen und mit dünnen Epidermisschüppchen (Lupus exfoliativus) bedeckt. Bei dieser exfoliativen Form fand sich eine zarte Epidermislage, deren unterste aus deutlich cylindrischen Zellen zusammengesetzte Schicht sich vollkommen scharf gegen die dem Corium entsprechenden Partien absetzt; „die Grenzlinie ist eine unregelmässige, wellige, entsprechend den papillären Erhebungen des Corium“. Friedländer will dies desshalb betont wissen, weil frühere Untersucher stets von allmähligem Uebergang der Epidermiszellen in das lupöse Gewebe sprachen, de facto aber eine scharfe Grenze zwischen beiden besteht. Auch die Einsenkungen der Epidermis, wie Schweissdrüsen, Haarbälge, Talgdrüsen, welche übrigens nur an der Peripherie der Knoten gefunden werden, erscheinen vollständig normal. Hypertrophien der Talgdrüsen hat Friedländer niemals bemerkt, dagegen hat auch er die schon von Virchow erwähnten**) Milien an den Haarbälgen gesehen, die er, wie jener, als eine Folge der durch die Dislocation und Compression des Haarbalges bedingten Verlegung des Lumens auffasst.

Auch bei der ulcerativen und granulirenden Form des Lupus findet Friedländer die Thatsache, dass fast regelmässig ein hohes geschichtetes Epithel vorhanden ist, dessen oberste Lagen in beginnender Verhornung begriffen sind und das häufig millimeterlange Zapfen in das darunter liegende Lupusgewebe aussendet. Im eigentlichen Corium bemerkt man nach Friedländer auch hier zunächst eine ungefähr gleichmässige,

*) Virchow's Archiv Bd. 60. — **) Virchow, Onkologie Bd. II, pag. 486.

überall sehr dichte Infiltration kleiner Rundzellen, durch die das Corium in Granulationsgewebe umgewandelt erscheint. Nur wenig leicht faserige Grundsubstanz ist vorhanden, es liegt eben Zelle an Zelle, daneben sieht man Durchschnitte kleiner Gefässe. Wir sehen, dass also Friedländer sich bis hierher ganz den Virchow'schen Anschauungen anschliesst. Dann aber geht er weiter. Er berichtet als ein weiteres, fast nie fehlendes und regelmässiges, characteristisches Vorkommen im Lupusgewebe die Einlagerung kugeliger, 0,15 bis 0,4 mm im Durchmesser haltender Knoten von eigenthümlichem Baue. Diese Knötchen sind zusammengesetzt aus Zellen von erheblich grösseren Dimensionen. Die Grösse dieser Zellen beträgt im Mittel 0,012, während die Granulationszellen 0,004 mm messen. Sie erreichen aber noch viel erheblichere Dimensionen und haben dann regelmässig mehrere Kerne, gehen also auf diese Weise direct in die in den Knötchen regelmässig befindlichen typischen Riesenzellen über. Diese Riesenzellen sind ungefähr kugelige Gebilde, ab und zu mit dünnen in feine Fäden auslaufenden Fortsätzen an ihrer Peripherie. Ihr Protoplasma ist auch theils fein- theils grobkörnig wie das der anderen Zellen. Die Zahl der Kerne ist stets eine sehr grosse, die bis 100 und darüber steigen kann. Die Anordnung derselben in der Zelle ist fast immer eine peripherische. Diese Riesenzellen fehlen nach Friedländer nun fast niemals in den Lupusknötchen, sind für diese also characteristisch. In den Fällen, wo sich mit Lupus eine Anschwellung der regionären Lymphdrüsen verband, untersuchte Friedländer auch exstirpirte Drüsen microscopisch und fand in ihnen ebenfalls Knötchen, die denen im Lupusgewebe vollständig ähnlich waren. Es ergab sich, dass die Anschwellung der Lymphdrüsen keineswegs auf einer reinen Hyperplasie des Drüsengewebes beruhte, sondern dass es sich um eine enorm reichliche Einlagerung von Knötchen handelte, die identisch waren mit den Lupusknötchen der Haut.

Der Bau dieser lupösen Lymphdrüsen stimmt nun genau überein mit demjenigen der scrophulösen Lymphdrüsen, wie ihn Schüppel beschrieben hat. Schüppel fand in den scrophulösen Drüsen auch Knötchen, deren Zusammensetzung gleich ist derjenigen der lupösen Knötchen Friedländer's. Nach Schüppel sind nun diese Knötchen in den scrophulösen Drüsen miliare Tuberkel, mit denen sie allerdings in rein descriptiv-histologischem Sinne vollständig übereinstimmen. Friedländer behauptet nun, dass die Lupusknötchen, die Knötchen Schüppels und die miliaren Tuberkel ein und dasselbe Gebilde seien. Der Einwand, dass die Lupusknötchen der Haut, die Knötchen scrophulöser Lymphdrüsen und miliare Tuberkel nicht als ein und dasselbe zusammengestellt werden dürften, weil die ersteren nicht wie die beiden letzteren zur Bildung von Käseheerden führten, weist er damit zurück, dass dieselben Dinge an verschiedenen Standorten abweichende Entwickelungen erfahren. Der in den Lymphdrüsenknötchen und den Tuberkeln der Lunge zur Verkäsung führende necrobiotische Vorgang findet in ganz derselben Weise auch in den Lupusknötchen der Haut statt. Dass derselbe hier in der Haut nicht zur Bildung grösserer käsiger Heerde führe, liege einfach darin, dass in der Haut der necrobiotische Process sehr bald an die Oberfläche heranträte und dann sofort zu einer Ulceration führe. Dasselbe finde Statt bei miliaren Tuberkeln der Trachea und des Larynx, die auch meist, ohne eine Spur von Käsebildung zu zeigen, der einfachen Ulceration anheimfielen. Es ist eben eine allgemein zugestandene Thatsache, dass eine und dieselbe Neubildung in parenchymatösen Organen zu ausgedehnten Verkäsungen, in membranösen dagegegen zu Ulcerationen führt.

Friedländer führte so zuerst den Nachweiss, dass der Lupus als eine lokale Tuberkulose der Haut aufzufassen sei. Diese Behauptung ist nun auch durch das Impfexperiment bestätigt worden.

In seinem Aufsatze: „Ueber die Stellung des Lupus zur Tuberculose“ *) spricht sich Schüller dahin aus, dass der Lupus sehr wohl als eine Erscheinungsform der Tuberculose anzusehen sei, wie nach seinen histologischen Untersuchungen schon Friedländer ausgesprochen hat. Beweisend seien jedoch wesentlich die experimentellen Versuche. Schüller hat nun thatsächlich erfolgreiche Impfversuche mit lupösen Gewebstheilen erzielt. Ebenso ist es Hueter gelungen, bei einer Impfung von Lupusgewebe in der vorderen Augenkammer eines Kaninchens deutliche Tuberkel in der Iris zu erzeugen. Dieselben entwickelten sich allerdings schwach und spät, und im Allgemeinbefinden des Thieres zeigten sich nur vorübergehende Störungen. In der Berliner klin. Wochenschrift 1883 sind Impfungen mit gleichem Erfolge mitgetheilt worden von Pagenstecher und Pfeiffer. Es handelt sich um zwei Impfungen. Die erste wurde vorgenommen am 22. November 1882. Das dazu verwendete Secret stammt von einer zwölfjährigen Patientin, die seit zwei Jahren an Lupus vulg. der Nase, der Conjunctiva und der Cornea leidet. Von dem Secret wurde eine kleine Menge in die vordere Augenkammer eines Kaninchens eingespritzt. Nach 5 Wochen zeigten sich die ersten Iristuberkel, die sich rasch vermehrten. Am 17. Januar 1883 wurde der mit Tuberkeln behaftete untere Theil der Iris durch die Iridectomie entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung gelang es Pfeiffer, in den Knötchen reichliche Tuberkelbacillen nachzuweisen. — Eine zweite am 13. Januar 1883 vorgenommene Impfung hatte denselben Erfolg; auch in diesem Falle liessen sich Bacillen nachweisen. Die Bacillen wurden auf dem Wiesbadener Congress von Prof. Ziegler, Ehrlich u. A. als Tuberkelbacillen anerkannt.

Zu gleicher Zeit war es Demme in Bern gelungen**), im Lupusgewebe bei zwei Fällen von Lupus vulg. Bacillen in

*) Centralblatt f. Chirurgie 1881. — **) Berliner klin. Wochenschrift 1883.

sehr mässiger Zahl nachzuweisen. Ebenso gelang es Pfeiffer*), in dem bei der zweiten oben erwähnten Impfung verwendeten Impfmateriale, das der Conjunctiva eines elfjährigen seit fünf Jahren an lupus conjunctivae leidenden Patienten entnommen war, Tuberkelbacillen aufzufinden. Wenn nun der Koch'sche Bacillus thatsächlich das specifische Merkmal der Tuberkulose ist, so ist mit diesen Experimenten der Beweis erbracht, dass Lupus als eine lokalisirte Tuberkulose aufzufassen ist. Darf nun vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus der Lupus eine tuberkulöse Erkrankung genannt, mithin als eine Infectionskrankheit aufgefasst werden, so ist die Probe auf die Richtigkeit dieser Behauptung auch von Seiten der klinischen Erscheinungen beizubringen. Wir müssen fragen: Hat nun auch das klinische Bild der lupösen Erkrankung den Charakter einer Infectionskrankheit?

Was die Entstehung des Lupus betrifft, so ist ein Fall, in dem von einem Lupuskranken wieder Lupus auf einen Gesunden übertragen worden ist, in der Litteratur nicht zu finden. Unter 209 Fällen, die Raudnitz**) auf der Prager Klinik hinsichtlich ihrer Aetiologie untersuchte, konnte in fünf Fällen Lupus in der Familie des Patienten nachgewiesen werden, und zwar dreimal bei Geschwistern, je einmal bei einer Tante väterlicher und bei einer Cousine mütterlicher Seite. Neisser***) berichtet von zwei mit Lupus behaftet gewesenen Geschwisterpaaren. — Hinsichtlich der Heredität geben die Autoren an, dass Lupuskranke weder die Krankheit ererben noch auf ihre Kinder übertragen. Eine Combination von Lupus und allgemeiner Tuberkulose ist selten beobachtet worden. Der Widerspruch, welcher in diesen Daten und der Annahme des Lupus als einer tuberkulösen Infectionskrankheit liegt, löst sich nun, wenn wir bedenken, dass die

*) Berliner klin. Wochenschrift 1883. — **) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1882. Zur Aetiologie des Lupus vulgaris. — ***) v. Ziemsen, Handbuch Bd. XIV, pag. 578.

Ablagerung von Tuberkelbacillen in den lupösen Knötchen eine nur sehr geringe ist, wie die Untersuchungen von Demme uud Pfeiffer ergaben. Koch hat ausserdem beobachtet, dass bei den Culturen das Wachsthum der Tuberkelbacillen in entschiedenster Weise von der Temperatur beeinflusst wird, es geht dasselbe nur bei einer Temperatur von 37—38° C. vor sich, einer Temperaturhöhe, die in den von den lupösen Processen occupirten Hautpartien, die ausserdem zumeist die mit Kleidungsstücken nicht bedeckten Körpertheile ausmachen, wohl nie oder nur selten zu finden ist. Dadurch ist möglicherweise ein Grund für die Abnahme der Wachsthumsintensität der Bacillen in der Haut gegeben.

Ferner scheinen von der Hautdecke nun die Zerstörungsproducte der lupösen Affection unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht reichlich genug in die Circulation zu gelangen, um akute, rapid verlaufende Allgemeintuberkulose erzeugen zu können. Damit scheinen auch Beobachtungen von Demme und Doutrelepont übereinzustimmen, von denen Leper in seinem Lehrbuche der Haut- und Geschlechtskrankheiten berichtet. Jene beiden haben nämlich Fälle mitgetheilt, in denen nach blutigen zur Bekämpfung des Lupus vorgenommenen Operationen allgemeine tuberculöse Infection des Organismus entstanden sei, die sie durch Einwanderung des tuberculösen Virus in die geöffneten Blut- und Lymphgefässe erklärt wissen wollen.

Gegen die Ansicht, dass Lupus nie zur Lungentuberculose führe, bringt Besnier*) acht specielle Fälle, in denen dieses stattfand.

Wenn wir nun sehen, dass sich mit der Tuberkulose combinirte Lupusfälle nur in geringer Anzahl anführen lassen, so kommt um so häufiger die Combination von Lupus und Scrophulose vor.

*) Virchow und Hirsch. Jahresbericht 1883, pag. 511.

Unter den 209 von Raudnitz beobachteten Fällen der Prager Klinik waren 63 Fälle mit überstandener oder noch bestehender Scrophulose; in zwei Fällen konnte bloss Scrophulose der Geschwister nachgewiesen werden. Pantoppidan*) fand in seiner Untersuchungsreihe die Coincidenz von Lupus und Scrophulose häufiger. In 59 seiner Fälle konnte Scrophulose nachgewiesen werden, bei 15 waren Drüsenschwellungen vorhanden. P. findet so bei der Hälfte bis zu $^2/_3$ seiner Lupusfälle eine scrophulöse Basis.

Während nun von Virchow, Hebra und seiner Schule der Lupus als ein rein lokales Leiden aufgefasst wird, so ist hingegen besonders von Seiten französischer und englischer Dermatologen der Zusammenhang von Lupus und Scrophulose mehr oder weniger stark betont worden. Auch deutsche Forscher, wie Auspitz, Billroth, Volkmann haben die Abhängigkeit des Lupus von der Scrophulose in letzter Zeit mehr und mehr eingeräumt. — Scrophulose und Tuberculose sind etwas Zusammengehöriges: Aus der ersteren kann sich die letztere entwickeln. Es ist dies bestätigt durch die klinische und pathologisch-anatomische Erfahrung und das Impfexperiment. Aus dem oben Entwickelten ersehen wir nun auch eine Beziehung zwischen Lupus und Scrophulose, insofern als jener mit Vorliebe scrophulös Erkrankte zu befallen scheint, und es erscheint somit auch der Zusammenhang zwischen Lupus und der Tuberkulose erwiesen vom klinischen Standpunkte. Die Scrophulose ist bedingt durch die Ablagerung des tuberculösen Virus in den Lymphdrüsen, wie die lupöse Erkrankung bedingt ist durch die Localisation desselben Giftes in der äusseren Haut. Erst wenn das Tuberkelgift im ganzen Körper sich verbreitet und in den verschiedensten Organen sich einnistet, haben wir es mit der eigentlichen Tuberculose zu thun. Es hängt also eine jede der 3 Affec-

*) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1882. Zur Aetiologie des Lupus.

tionen nicht sowohl ab von der Differenz des Giftes als von der Differenz der Ausbreitung desselben und der Dignität der von ihm betroffenen Organe.

Die von manchen Forschern aufgestellte Behauptung, dass Lupus eine Folge hereditärer Syphilis sei, ist ganz unhaltbar, denn einmal kann auf Lupuskranke die Syphilis übertragen werden durch Ansteckung, zweitens weicht der Lupus nicht bei Anwendung einer antisyphilitischen Behandlung. Kaposi*) berichtet von einem Individuum, an dem er Syphilis und Lupus neben einander gesehen hat, derart, dass jener seit Jahren mit Lupus behaftete Patient durch Ansteckung frische Lues acquirirte, was ganz unmöglich gewesen wäre, wenn Lupus Syphilis sein sollte.

Was die Betheiligung der beiden Geschlechter an der Lupuserkrankung anbelangt, so wird allgemein ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes angegeben. Unter den 209 Fällen von Raudnitz waren 78 männlichen = 37,3 % und 131 weiblichen Geschlechtes = 62,7 % der Gesammtsumme.

Pantoppidan kommt zu annähernd gleichen Resultaten: Er hat 34 % männlichen und 66 % weiblichen Geschlechtes.

Die meisten Lupuserkrankungen beginnen im jugendlichen Alter oft in den ersten Lebensjahren und zeigen von vorn herein eine ausserordentliche Langsamkeit der Weiterentwickelung. Hinsichtlich ihrer Entstehung zeigen die Raudnitz'schen Fälle folgende Verhältnisse:

Lebensjahre	Erkrankung	Lebensjahre	Erkrankung	Lebensjahre	Erkrankung
0—5	= 11,1 %	20—25	= 11,6 %	40—45	= 1,0 %
5—10	= 16,2 %	25—30	= 4,0 %	45—50	= 2,0 %
10—15	= 23,3 %	30—35	= 5,6 %	50—55	= 1,0 %
15—20	= 17,7 %	35—40	= 5,0 %	55—60	= 1,5 %.

Es ist aus diesen Zahlen ersichtlich, dass der höchste Procentsatz von Erkrankungen auf die Zeit vom 10.—15. Lebensjahre fällt, dass bis zum 25. Lebensjahre die Erkrankungs-

*) Kaposi, Hautkrankheiten.

ziffer immer noch eine ziemlich hohe bleibt, vom 20. bis 25. Lebensjahre etwa so hoch wie im ersten Quinquennium. Für die über das 25. Lebensjahr hinausgehenden Altersklassen ergiebt sich dann eine recht erhebliche Abnahme der Erkrankungsziffer.

*)Auch rücksichtlich der Beziehung der Zeit des ersten Auftretens und der Primärlocalität ergiebt sich bei denselben Fällen manches interessante Verhältniss: Es zeigte sich, dass die Primäraffection an der Wange am häufigsten in den ersten beiden Quinquennien auftrat, während von da an ihre Häufigkeit stetig sinkt. An Nase, innerem Augenwinkel und Lippe tritt der Lupus im ersten Quinquennium gar nicht, im zweiten nur selten auf, die grösste Häufigkeit an diesen Orten zeigt er vielmehr vom 10.—20. Jahre, worauf diese wieder allmählig sinkt. — An Nase, innerem Augenwinkel und Lippe trat Lupus in 38,2 % auf, an der Wange in 27,4 %, an Rumpf und Extremitäten in 24,5 % der primär zu localisirenden Raudnitzschen Fälle.

Die Weiterverbreitung des Lupus vom Primärheerde aus ist eine, wie schon gesagt, recht schleichende, doch zeigen die einzelnen Formen des Lupus in dieser Beziehung einen Unterschied: Der Lupus maculosus und exfoliativus verbreitet sich viel langsamer als die ulcerative Form, bei welch' letzterer an der Einschmelzung des Gewebes die Eiterung sich betheiligt. — Gefahrbringend ist der Lupus für das Leben nicht. Complicirt wird er, und zwar besonders die ulcerirende Form, häufig durch Erysipelas und Lymphangitiden; durch diese Complicationen kann der Lupus natürlich das Leben gefährden. Hinsichtlich der Prognose ist zu sagen, dass locale Heilungen zu Stande kommen, sei es spontan oder nach therapeutischen Eingriffen, jedoch ist die Gefahr des Recidivirens eine sehr grosse.

*) Raudnitz. Zur Aetiologie des Lupus. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1882.

Wir wollen nun noch kurz die Therapie berühren. Dieselbe hat zwei Aufgaben zu erfüllen: Erstens ist die Entwickelung und Weiterverbreitung des pathogenen Virus zu hemmen und zweitens sind die vorhandenen Krankheitsproducte zu entfernen. Zur Erfüllung der ersten Aufgabe hat man interne Mittel angewandt, wie Arsen, Jodkali, Jodoform (Besnier) und Roborantien. Als ein Specificum galt von jeher wie für die Scrophulose so auch für die lupöse Erkrankung der Leberthran, dem man noch Jod zusetzen kann. Mit der localen Beseitigung des Virus erfüllt man auch zu gleicher Zeit die zweite Aufgabe.

Man hat eine grosse Zahl von hierfür zu Gebote stehenden Behandlungsmethoden. Die vollkommenste Behandlung wäre die Excision der ganzen lupös-erkrankten Hautpartie, doch verbietet sich dieselbe in sehr vielen Fällen durch die allzugrosse Ausdehnung oder die Localisation der lupösen Heerde. Gewöhnlich sind wir auf die Zerstörung der lupösen Infiltrate angewiesen und wir suchen dieselbe zu erreichen entweder auf chemischem Wege durch Anwendung von Aetzmitteln oder auf mechanischem Wege.

Unter den Aetzmitteln sind hervorzuheben der Arsenik, die Pyrogallussäure und das Argentum nitricum. Die Anwendung des Arsenik geschieht in Form einer Paste (Rp. Acid. arsenic. 1,0. Hydrargyr. sulf. rubr. 3,0 Vaselinae 15,0), die messerrückendick auf ein Leinwandläppchen gestrichen durch einen leichten Verband auf dem Lupusheerd befestigt wird. Nach etwa 24 Stunden Erneuerung dieses Verfahrens: Durch eine etwa dreimalige Application hat man fast immer den gewünschten Zweck erreicht: Sämmtliche Infiltrate, seien es Knötchen oder grössere Heerde, sind verschorft, die zwischen ihnen liegende gesunde Haut ist zwar etwas geröthet und geschwellt, sonst aber intact geblieben. Unter Anwendung einer Borsalbe kann man jetzt die Abstossung der necrotischen Schorfe und die Ueberhäutung abwarten. Unangenehm sind

die bei diesem Verfahren auftretenden und gewöhnlich sehr heftig werdenden Schmerzen. Ferner ist bei der Behandlung grösserer Flächen mit dieser Paste eine Arsenikintoxication zu befürchten.

Die Pyrogallussäure wendet man in Form einer 10 %gen Salbe an. Sie bietet denselben Vortheil wie jenes Mittel, dass nämlich die gesunde Haut, abgesehen von schnell wieder vergehenden Entzündungserscheinungen, völlig intact bleibt. Die Schmerzen sind bei Anwendung dieses Mittels gewöhnlich viel geringer.

Das Argentum nitricum wird in Substanz angewendet: Man senkt unter drehenden Bewegungen desselben den Stift in das lupöse Knötchen ein. Diese Procedur ist eine ziemlich schmerzhafte. Es ist diese Behandlungsweise da am Platze, wo es sich um einzelne Knötcheneruptionen handelt.

Die mechanische Behandlung besteht besonders in der multipeln Scarification und dem Auskratzen mit dem scharfen Löffel. Die Scarificationen müssen in Zwischenräumen von 8—14 Tagen vorgenommen werden und sind mehrfach zu wiederholen. Rascher zum Ziele kommt man mit der Auslöffelung der lupösen Heerde. Die erstere Methode eignet sich mehr für die disseminirten Formen des Lupus. Aubert*) befürwortet die Auslöffelung mit nachfolgender Cauterisation durch Argent. nitric., Jodoform, Pyrogallussäure, Creosot. — Derselbe Autor erwähnt noch zweier Kranker, bei deren einem sich nach der Scarification Phthisis florida, bei dem anderen eine chron. tuberculöse Pleuresie entwickelte.

Wenden wir uns jetzt zur Besprechung unserer Krankengeschichten.

In dem ersten Falle haben wir es mit einem Lupus vulgaris des Gesichtes zu thun. Zu dieser Diagnose gelangen wir, wie folgt: Aus der ersten Krankengeschichte dieses Falles

*) Virchow und Hirsch. Jahresberichte 1883, pag. 511.

vom Jahre 1881 erfahren wir, dass Patient mitten auf dem Nasenrücken einen wenig prominirenden Knoten von bräunlichrother Farbe mit einem lividen markstückgrossen Hofe zeigt. In dieser pathologischen Neubildung tritt uns die lupöse Primäreffloreszenz entgegen, umgeben von zellig infiltrirtem Hautgewebe. Ein ähnlicher Vorgang tritt uns in dem Knoten unterhalb des rechten Auges entgegen. Ein dritter Knoten liegt in der rechten Wange. Die Entwicklung dieser Bildungen ist eine sehr allmählige gewesen. Dazu kommt, dass in den folgenden Jahren, wie aus der Anamnese der Krankengeschichte vom Jahre 1883 hervorgeht, diese Heerde an Ausdehnung zunehmen und in geschwürigen Zerfall gerathen; dabei Bildung neuer Heerde auf der anderen Seite des Gesichtes. Wir haben hier wohl das Recht, die klinische Diagnose auf Lupus des Gesichtes zu stellen. Ein ander Ding ist es mit der Beurtheilung der Affection der Hände. Wenn man die Anamnese in Betracht zieht, in der Patient angiebt, sich das Leiden an den Händen im Herbste in Folge von Feldarbeiten bei dem nasskalten Wetter zugezogen zu haben, und dabei die gleichmässige Schwellung und bläulichrothe Verfärbung der Finger berücksichtigt, so liegt der Gedanke nahe, den auch Patient selbst hatte, die Affection als Frostbeulen zu deuten. Während seines ersten Aufenthaltes im Krankenhause ist nun auch diese Diagnose gestellt worden. Der Umstand nun, dass auch während der Sommerzeit dies Leiden an den Händen wohl etwas zurückging aber nie ganz schwand, spricht gegen die Annahme von Frostbeulen, da es ja eine bekannte Thatsache ist, dass derartige Leiden in der wärmeren Jahreszeit zu schwinden pflegen. Es liegt da nahe, diese Affectionen der Finger in Beziehung zum Lupus des Gesichtes zu bringen. Der Umstand, dass die Affection an den Händen unseres Patienten in der kälteren Jahreszeit stets stärker recidivirte, spricht gegen die Annahme einer lupösen Beschaffenheit nicht, da Beobachtungen vorliegen, dass dies sehr häufig der Fall

ist. Pantoppidan*) nämlich macht die Mittheilung, dass die ungünstigen Witterungsverhältnisse der rauhen Jahreshälfte wirklich auf den Lupus einwirken, es zeigte sich dies durch die Verschlimmerung, an der die Patienten jeden Winter leiden. Deutlich wurde dies durch die Weise, wie die Aufnahmen in das Hospital nach den Jahreszeiten vertheilt sind: So wurden in das Communehospital zu Kopenhagen aufgenommen: December—Februar 26, März—Mai 51, Juni—August 28, September—November 21 Patienten mit Lupus mit dem Maximum im April von 19 und dem Minimum von 5 im October. Dies beweise, sagt P., dass die Patienten nach ihrer Winterexacerbation im Frühjahre massenhaft in das Spital zur Behandlung eintreten, während sie im Spätjahre und Anfange des Winters weniger dazu die Nothwendigkeit fühlen.

Zur weiteren Begründung unserer Berechtigung einer Annahme lupöser Processe an den Händen dient nun aber auch der Zustand, in dem Patient sich nach zwei weiteren Jahren befindet und den wir aus der Krankengeschichte vom Jahre 1883 kennen lernen. Wir sehen, dass jetzt besonders der Process an den Händen colossal weiter geschritten ist, derart, dass Patient in Folge eigenthümlicher Abnormitäten in den Stellungen der Finger zum Metacarpus und der Fingerglieder unter einander, seine Hände nicht mehr gebrauchen kann. Die mit von voraufgegangenen Geschwürsprocessen stammenden Narben versehenen Hände erscheinen zugleich verdickt, breit und unförmlich, fast jeder Fingerbewegung bar, mit gespreitzten und in Hyperextension stehenden Fingern. Ausserdem finden wir jetzt, dass sich auch an den Zehen der Füsse krankhafte Veränderungen einzustellen beginnen: Mässige Schwellung und Röthung der Zehen; derbe Infiltration der Haut; Trockenheit der letzteren mit starker Schuppen- und Borkenbildung; stellenweise hat man den

*) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1882. Zur Aetiologie des Lupus.

Eindruck, als ob ein Conglomerat von Warzen vorhanden wäre: Es hat den Anschein, als ob sich hier die papilläre oder verrucöse Form des Lupus vulgaris ausbildete. — Die Processe im Gesichte haben auch Fortschritte gemacht. Wir finden Geschwürsflächen auf der Nase, der rechten Wange d. h. den Gegenden, an denen wir laut der früheren Krankengeschichte vor zwei Jahren Knotenbildung constatiren konnten; dazu sind neue Knoten gekommen auf der linken Hälfte des Gesichtes. Ausgedehnte Hautpartien erscheinen diffus infiltrirt.

Wenn wir nun bei lupösen Processen des Gesichtes und der Füsse eine ähnliche Affection an den Händen gleichzeitig bestehen sehen, so erscheint es mir absolut nichts Gezwungenes zu haben, wenn wir auch das letztere Leiden als ein lupöses ansehen. Wollte man dieses als etwas anderes auffassen, so würde eine solche Deutung ganz gewiss eine recht gezwungene sein. Was wir zur Sicherstellung der Diagnose auf Lupus an den erkrankten Händen vermissen, ist das Vorhandensein von Knötchenbildung. Dieses konnte bei der Aufnahme des Status nicht constatirt werden, und zwar höchstwahrscheinlich in Folge der starken Schwellung und Infiltration der Weichtheile der Hand, wodurch sich die Knötchen der Wahrnehmung durch das Gesicht und den fühlenden Finger entzogen. Es kommen eben beim Lupus der Extremitäten diese starken Schwellungen sehr häufig vor. Ich muss hier eine Bemerkung von Neisser*) mit heranziehen, der in seiner Abhandlung über Lupus sagt: „Uebrigens zeichnet sich sonst der Lupus der Extremitäten eher durch die Combination mit einer hyperplastischen Gewebsbetheiligung aus, wir finden massige meist mit Borken bedeckte Wulstungen, diffuse und circumscripte Verdickungen (Handrücken), es entwickelt sich eine der Elephantiasis zu vergleichende diffuse Hypertrophie grosser Abschnitte". Schon in unserer ersten Kranken-

*) Ziemsen, Handbuch. Bd. XIV.

geschichte ist gesagt worden, dass die Anschwellung der Hände als eine elephantiasisartige imponirte.

Gehen wir jetzt zur Betrachtung desjenigen über, was unseren Fall besonders merkwürdig macht, nämlich der in Folge des lupösen Processes aufgetretenen Deformitäten der Finger.

Es wird in den verschiedenen Handbüchern darauf aufmerksam gemacht, dass es besonders an den Fingern in Folge von Lupus zu den mannigfaltigsten Veränderungen und Zerstörungen kommen könne: die Finger werden verkrümmt, verkürzt, Phalangen ab- und ausgestossen, es entstehen Subluxationen etc. In der Litteratur, die mir zu Gebote stand, habe ich von Veröffentlichungen solcher Fälle, die sich durch Deformitäten der Finger auszeichneten und unserem Falle an die Seite zu stellen wären, nur 2 gefunden: Es sind dies die Publicationen von P. Güterbock in Virch. Arch. Bd. 53 und 94. Die erste Veröffentlichung vom Jahre 1871 betrifft 2 Fälle, in denen es sich um zwei Kinder, ein Mädchen von 9 und einen Knaben von 14 Jahren handelt. Bei beiden Patienten bestand das Leiden in einer lupösen Erkrankung, die schon seit den ersten Lebensjahren vorhanden war. Bei beiden tritt diese Affection in mehrfachen Heerden auf und zwar bei dem Mädchen im Gesichte, am linken Arme und der linken Hand. Bei dem Knaben waren die linke Hand und der rechte Fuss erkrankt. Die durch diese lupösen Processe bedingten Verkrümmungen der Finger dürfen, wie Güterbock ausdrücklich bemerkt, nicht als durch eine Narbenbildung zu Stande gekommen angesehen werden, sondern sind bedingt durch die lupöse Infiltration im Stadium ihrer Blüthe. Die Verkrümmungen in den genannten beiden Fällen präsentiren sich auch hauptsächlich als eine Hyperextension der langen Finger im Metacarpophalangealgelenke.

Auch in unserem Falle sind die Deformitäten vorhanden, während die Infiltration stark ausgeprägt erscheint. Die vor-

handenen Narben auf den Dorsalflächen der Finger können dieselben nicht hervorgerufen haben, da sie sich nur in der Gegend des Gelenkes zwischen erster und zweiter Phalanx befinden und die Deformitäten sich auch in unserem Falle als Hyperextensionsstellung der Grundphalangen darstellen, daran schliessen sich Beugestellungen der zweiten Glieder. Die Flexion in dieser Gegend ist der beste Beweis dafür, wie wenig der Einfluss der dorsal gelegenen Narben zu den Deformitäten beigetragen hat. Unser Fall zeigt dann noch eine ausserordentliche Verdickung der Finger in der Gegend des Gelenkes zwischen erstem und zweiten Fingergliede, was den Abbildungen nach zu urtheilen bei den Güterbock-schen Fällen nicht vorhanden war. Ausserdem sehen wir die Endphalangen unserer Patienten wieder eine ausgesprochene Hyperextensionsstellung einnehmen. In seinen beiden Fällen beobachtete G. noch ein abnormes Längenwachsthum des dritten Fingers, besonders der Grundphalanx desselben, und glaubt, dies Längenwachsthum des dritten Fingers speciell der Grundphalanx als zum Typus der lupösen Fingerverkrümmungen gehörig deuten zu müssen. Wir haben in unserem Falle ein solches abnormes Längenwachsthum nicht constatiren können. Hierbei wäre aber auch wohl noch darauf hinzudeuten, dass unser Patient ein Mann von 26 Jahren und nach seiner Angabe das Leiden bei ihm in seinem 22. Lebensjahre aufgetreten ist, während G.'s Fälle Kinder betreffen von 9 und 14 Jahren, bei denen sich die Erkrankung in den ersten Lebensjahren einstellte, d. h. also Individuen, bei denen der Process des Knochenwachsthums überhaupt seinen Abschluss noch nicht erreicht hatte wie bei jenem. Bei seinem dritten Falle, der einen 20jährigen Mann betrifft, constatirte G. freilich auch Wachsthumsveränderungen an den einzelnen Fingergliedern, betont jedoch nicht, wie in seinen früheren Fällen, ein Längenwachsthum des Mittelfingers. —

Was unseren zweiten Fall anbetrifft, so haben wir es hier auch wieder mit einer lupösen Affection des Gesichtes und linken Armes zu thun, dazu kommt eine solche an der linken Unterextremität, die durch ihre Folgezustände den Fall besonders bemerkenswerth erscheinen lässt. Wie die beigegebene Abbildung zeigt, ist es hier zu einer ausserordentlich starken Verdickung der Weichtheile der Fussgelenksgegend und des Fusses gekommen, sodass der letztere ganz verunstaltet erscheint. Die lupöse Natur dieses Leidens liegt hier klar zu Tage, denn wir finden über den ganzen Fuss verbreitet die characteristische Knötchenbildung. Es hat sich hier jene Form des Lupus entwickelt, die man als eine der Elephantiasis zu vergleichende diffuse Hypertrophie auffassen kann.

Diesem ähnliche Fälle sind bekannt gemacht durch den verstorbenen Prof. Busch in Bonn, von dem, wie ich mich erinnnere, im Langenbeck'schen Archiv für Chirurgie hierüber berichtet worden ist, und von Güterbock.

Schliesslich erlaube ich mir, meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Heineke zu Erlangen für die mir gütigst zur Verfügung gestellten Krankengeschichten meinen Dank auszusprechen.